

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 83

A PROPOS D'UN CAS
DE
MÉNISCITE CHRONIQUE
POST-TRAUMATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Mai 1921

PAR

De MALBEC (Pierre-Henri-Jean)

Né à Vergt (Dordogne), le 3 octobre 1894

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, Professeur, *Président*.
VEDEL, Professeur.
RICHE, Agrégé.
MARGAROT, Agrégé.

{ *Assesseurs.*



MONTPELLIER
IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

11, Avenue de Toulouse. — Téléphone: 8-78

1921

A PROPOS D'UN CAS
DE
MÉNISCITE CHRONIQUE
POST-TRAUMATIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 83

A PROPOS D'UN CAS

DE

MÉNISCITE CHRONIQUE

POST-TRAUMATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Mai 1921

PAR

De MALBEC (Pierre-Henri-Jean)

Né à Vergt (Dordogne), le 3 octobre 1894

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, Professeur, *Président*.
VEDEL, Professeur.
RICHE, Agrégé.
MARGAROT, Agrégé.

} *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone: 8-78

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT.
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRE.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

	}	MM. LEENHARDT.	}	MM. RICHE.
Médecine		GAUSSEL.		ETIENNE.
		EUZIERE.		LAPEYRE.
		RIMBAUD.		Accouchements
		MARGAROT.		Histoire natur.
Anatomie	}	DELMAS (J.).	}	GALAVIELLE.
Chimie		MESTREZAT.		CABANNES.
				PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, *prof.*, *président*.
VEDEL, *professeur*.

MM. RICHE, *agrégé*.
MARGAROT, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

MORT POUR LA FRANCE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

J. DE MALBEC.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*A qui est due l'idée de cette thèse,
et pour le grand honneur qu'il nous
fait d'en accepter la présidence.*

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

J. DE MALBEC.

A PROPOS D'UN CAS
DE
MÉNISCITE CHRONIQUE
POST-TRAUMATIQUE

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer dans le service de M. le professeur Forgue un cas typique de méniscite chronique traumatique consécutive à une entorse externe du genou.

Ce cas intéressant à plusieurs chefs nous a paru digne d'être rapporté.

Les entorses dites externes sont en effet d'une observation clinique plutôt rare. Quant aux méniscites chroniques traumatiques — et par ce terme nous entendons les hypertrophies inflammatoires non spécifiques propres aux ménisques — on avait fortement contesté leur existence en tant qu'entité morbide définie, existence pourtant affirmée par Roux (de Lausanne) en 1895.

Le but de ce travail n'est pas tant de faire une revue générale de la question que d'étudier une observation d'une manière complète et d'en tirer les enseignements d'ordre pathogénique, clinique et thérapeutique qu'elle peut comporter.

Nous nous proposons donc de parler d'abord des

entorses du genou en général et de leur mécanisme, ceci pour nous permettre de mieux comprendre leurs complications que nous étudierons ensuite, en particulier les méniscites chroniques. Nous dirons un mot de leur diagnostic, de leur pronostic et de leur traitement.

Enfin dans un dernier chapitre nous jetterons un coup d'œil d'ensemble sur la pathogénie de ces lésions et examinerons de plus près le rôle du traumatisme et de l'inflammation dans l'apparition de la méniscite chronique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

F. A..., 32 ans, forgeron, entre le 20 novembre 1920 dans le service du professeur Forgue, salle Delpech, lit 22, pour impotence et douleurs du genou gauche.

Le début remonte à un fort traumatisme de guerre survenu le 23 février 1916. Le membre inférieur gauche est pris sous un éboulement de tranchée. Le blessé ne peut préciser la position dans laquelle son membre inférieur gauche a été forcé au cours de cet éboulement, mais le genou paraît avoir été le siège d'une forte hémarthrose, sans grosse lésion osseuse apparente toutefois, qui nécessite l'évacuation du blessé.

On ne pratique pas de ponction évacuatrice. Mais pendant deux mois il est soigné par du massage et de la mobilisation qui n'apportent aucune amélioration. L'impotence et la douleur persistent.

Depuis mai 1916 à septembre 1918, immobilisation plâtrée avec fenêtre au niveau de la face antérieure du

genou permettant de pratiquer de l'héliothérapie. A la fin de l'année 1918, comme une amélioration suffisante ne permettait la récupération de ce soldat, il est réformé. Cependant on le débarrasse de son appareil plâtré et il reste surtout la jambe allongée, marchant difficilement avec une canne.

Deux mois avant son entrée dans le service de notre maître, au cours d'un essai de marche, douleur vive au niveau de la partie externe de l'interligne articulaire, sensation de calage du genou en demi-flexion. Il conserve des douleurs plus vives les jours suivants qui l'obligent à garder la jambe allongée.

Depuis, le malade éprouve plusieurs fois des accidents analogues au cours des essais de marche. Selon ses expressions propres, il ressent « *quelque chose qui se déboîte dans le genou au cours de la marche et qui a besoin d'être remis en place, pour que l'articulation reparte après craquement* ». Il conserve toujours des douleurs les jours suivants, ces accidents et les phénomènes douloureux sont toujours localisés à la moitié externe de l'articulation.

Le sujet ne présente rien à retenir dans ses antécédents : typhoïde à 30 ans, pas de tuberculose, pas de syphilis.

EXAMEN. — Il s'agit d'un homme fort et petit, obèse même (104 kilos), ne se plaignant de rien en dehors de son genou sauf de l'essoufflement facile (rien de perceptible au cœur ni au poumon).

Il ne peut marcher à son entrée dans le service; quand le pied gauche prend contact avec le sol il éprouve une sensation de déplacement dans la moitié externe de l'articulation du genou gauche et une vive douleur.

Le membre allongé frappe par une atrophie considé-

nable du quadriceps et une légère tuméfaction d'autant plus apparente du genou surtout marquée au niveau de la gouttière pararotulienne externe, qui porte des traces de cautérisation ancienne.

L'articulation est le siège d'une légère hydarthrose et détermine facilement un choc rotulien. Cette manœuvre est douloureuse. Les épiphyses extra-articulaires sont normales, pas tuméfiées et non douloureuses.

En suivant du doigt l'interligne articulaire on constate qu'il est net et indolore dans sa moitié interne. Dans sa moitié externe il est peu perceptible, comme empâté profondément (la peau est normale à son niveau). Il est douloureux surtout en avant, tout près du bord externe du ligament rotulien.

Entre ce bord et le ligament latéral externe existe une tuméfaction mollassse et douloureuse. Enfin on trouve un point douloureux osseux au niveau du tubercule de Gerdy. La pression, en ce point, détermine de la douleur dans toute l'articulation.

On ne décèle pas de laxité anormale de l'articulation, pas de choc fémoro-tibial, pas de mouvement de tiroir.

Les mouvements spontanés ou provoqués sont conservés normaux et peu douloureux.

Radiographie. — Aucune lésion osseuse visible sur le cliché. Rapports des surfaces osseuses articulaires normaux.

En présence de ces symptômes, M. le professeur Forgue pose le diagnostic de *méniscite chronique post-traumatique*. La lésion étant ancienne et aucun traitement orthopédique n'ayant déterminé une amélioration satisfaisante en décide une intervention.

Intervention le 10 décembre 1920. — Sous anesthésie locale à la syncaïne à 1/2 p. 100, incision latérale

externe du genou, longitudinale de 8 centimètres environ. Téguments normaux. Capsule articulaire très épaisse et fibreuse. Elle est incisée et repérée. Au-dessous d'elle on tombe sur un tissu adipeux très abondant, faisant hernie entre les lèvres de l'incision capsulaire et formant un véritable bourrelet séparant la face profonde de la capsule du bord externe du ménisque, qui doit être recherché assez profondément au sein de ce tissu adipeux. Le ménisque est saisi et son ablation pratiquée avec le manchon adipeux qui lui adhérerait. Suture par plans sans drainage.

Réunion *per primam*. Léger épanchement dans les jours suivants qui se résorbe très vite. Mobilisation précoce au cinquième jour.

Suites. — Le blessé est revu un mois et demi après. Il marche en s'aidant d'une canne, les douleurs ont disparu complètement, les mouvements de flexion et d'extension sont conservés. Seul persiste un léger degré de laxité articulaire à laquelle on essaie de remédier par une genouillère élastique serrée.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — L'examen du ménisque et de son peloton adipeux est pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté (N^{os} XII-129). On constate une inflammation chronique occupant le bord externe du ménisque et le tissu adipeux adhérent. Elle est caractérisée par de la dilatation vasculaire, et des cellules embryonnaires périvasculaires arrivant à former des zones d'infiltration limitées par deux sortes de cellules, des lymphocytes et des cellules évoluant vers la cellule fibroplastique.

La partie profonde du ménisque n'est le siège d'au-

cune infiltration inflammatoire, seul existe à ce niveau un épaississement notable des parois vasculaires.

OBSERVATION II

(Pauzat. — Résumée)

Obs. IV. — D... Louis, soldat au 41^e Inf., antérieurement cultivateur, paraît bien constitué mais d'un tempérament lymphatique; sa mère serait atteinte de rhumatisme chronique, son père et ses frères sont en bonne santé. Personnellement n'a jamais été malade. En juin 1892, il a ressenti dans le genou gauche quelques douleurs qui n'ont pas été assez vives pour interrompre son travail.

Vers le 10 janvier 1893, après une séance de gymnase pendant laquelle il devait sauter à terre, les jambes à demi fléchies, d'une hauteur de près de 2 mètres, et se redresser aussitôt avec vivacité, D... éprouva un peu de douleur et de gêne dans le genou gauche. Il continua son service malgré l'aggravation progressive de ces symptômes. Le 25 janvier, il se présente à la visite médicale, il est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic : hydarthrosè du genou gauche. Traitement : vésicatoire, compression.

Nous examinons le malade en détail le 17 février. Presque plus de signes d'hydarthrose; le cul-de-sac supérieur est légèrement épaissi, la masse adipeuse sous-rotulienne est notablement hypertrophiée. La circonférence du genou est augmentée d'un centimètre. La cuisse gauche est légèrement atrophiée.

Le membre est naturellement étendu sur le lit, ce qui signifie qu'il y a en réalité un léger degré de flexion ; dans cette position nous remarquons sur le côté externe de l'articulation une tuméfaction manifeste à la vue. Elle s'étend du bord antérieur du ligament latéral externe jusqu'à un gros travers de doigt du bord externe du ligament rotulien. Elle décrit une courbe légère, le centre étant un peu plus saillant que les extrémités. Au toucher nous trouvons une tuméfaction rénitente, de consistance cartilagineuse, qui siège exactement sur l'interligne articulaire et pénètre par ses extrémités dans l'intérieur du genou ; elle se distingue des rebords osseux du fémur et du tibia par un double ressaut ; par le frottement on produit une crépitation fine sur la tuméfaction, qui est en outre douloureuse sous une forte pression. En provoquant un mouvement de flexion sur la face interne du genou, pendant que le doigt comprime la saillie cartilagineuse, celle-ci disparaît dans l'intérieur de l'articulation et reparaît dès qu'on replace le membre dans sa position habituelle. Pendant ce mouvement, légers craquements au niveau du cul-de-sac synovial supérieur.

La marche est raide, hésitante. Il accuse pendant la marche une douleur très nette au côté externe de l'articulation, au niveau de la tuméfaction.

Le 4 mars, D... part en congé de convalescence, amélioré. Revenu le 4 avril au corps, il fait encore un séjour d'une ou deux semaines à l'infirmerie pour la gêne qu'il ressent toujours dans son genou, reprend ensuite son service et l'exécute d'une façon régulière bien qu'il lui arrive souvent d'éprouver des douleurs dans le genou et de la fatigue dans le membre.

Nous le revoyons en détail le 10 août 1893, et nous

constatons que la tuméfaction cartilagineuse persiste encore mais est très peu saillante : elle a diminué au moins de moitié et n'est plus appréciable qu'au toucher. On retrouve à peine la crépitation provoquée, le 17 février, par frottement sur la face externe du ménisque ou par glissement du fibro-cartilage entre les deux surfaces de l'articulation.

A la suite des marches prolongées, gêne et douleur légères dans le genou. Guérison incomplète..

HISTORIQUE

L'histoire des lésions traumatiques des ménisques articulaires du genou et de leurs suites est une question restée longtemps obscure et mal étudiée.

Les anciens chirurgiens avec Hey, en 1803, avaient bien connu le syndrome clinique, l'avaient baptisé dérangement interne, mais ignoraient tout des lésions et de leur processus. Puis, peu à peu, l'expérimentation cadavérique vint au secours de la clinique : ce fut l'époque des recherches anatomiques de Mouret et de Pauzat, et celles de Segond et de Bonnet.

Enfin vint l'ère de la période interventionniste où le traitement à ciel ouvert renseigne de plus en plus sur les lésions des fibro-cartilages semi-lunaires et fait de ces traumatismes une question d'actualité courante.

Malgré tout, même en comptant les interventions clairessemées, il n'en reste pas moins qu'aujourd'hui en France les lésions méniscales du genou passent pour une sorte de curiosité et leur traitement chirurgical l'exception.

Nous avons donc cru intéressant de rapporter cette observation particulièrement démonstrative en ceci qu'elle prouve que les séquelles d'entorse du genou s'ac-

compagnant de méniscite sont plus fréquentes qu'on ne le pense, et que d'autre part leur traitement doit être chirurgical, pour avoir de bons résultats fonctionnels.

Comme nous le disions au début de ce travail, nous n'envisagerons que le point précis des méniscites inflammatoires, vues par Roux en 1895 ; à vrai dire, Pauzat, à la même époque, avait déjà aperçu ces sortes de lésions qu'il faisait succéder à ce qu'il appelait la rupture de ses brides ménisco-rotuliennes. Une observation de lui que nous ajoutons à la suite de notre première observation montrera toute la justesse de ses idées à ce sujet.

Mais, à notre avis, aucune vérification anatomique n'était venue jusqu'alors confirmer les hypothèses de ces deux auteurs. Nous avons eu la bonne fortune de recueillir une observation, terminée par une intervention et un examen microscopique, et c'est ce résultat qui nous servira à étayer le travail que nous présentons aujourd'hui.

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES

C'est le seul point relativement obscur de notre observation, car nous sommes peu fixés sur le mode de production du traumatisme. Mais nous pouvons essayer de nous rendre compte du mécanisme des lésions dans le cas qui nous intéresse.

Nous savons, en effet, que suivant l'appareil ligamentaire lésé, on peut distinguer l'entorse interne, l'entorse externe, l'entorse des ligaments croisés, selon que ce sera l'une ou l'autre de ces formations anatomiques qui sera atteinte.

En général l'entorse habituelle du genou est l'entorse par arrachement du ligament latéral interne. Thévenet dans ses travaux en donne l'explication suivante : Pour cet auteur la fréquence de cette entorse est due à ce que l'axe de la cuisse fait avec l'axe de la jambe un angle à sommet interne ouvert en dehors. D'où tendance naturelle du genou à se porter en dedans lors d'un faux pas, d'autant mieux encore que l'axe de la jambe fait avec le pied un angle ouvert également en dehors. C'est le ligament latéral interne qui supportera tout l'effort.

Ce même auteur montre encore, à la suite de ses

expériences, que si le membre inférieur se porte en dehors il en résulte une entorse tibio-tarsienne par adduction ou une fracture type Dupuytren, mais presque jamais une entorse du genou par rupture du ligament latéral externe.

Auparavant, Segond, à la suite de ses travaux et expériences sur le cadavre, était arrivé à des conclusions différentes. Pour lui, l'entorse externe était plus fréquente que l'entorse interne. Il disait, en fait, deux sortes de lésions sont possibles :

La première, c'est dans l'entorse dite interne, l'arrachement du ligament latéral interne, la jambe étant en demi-flexion et rotation en dehors.

La seconde, c'est celle observée dans l'extension et l'adduction forcées, entraînant non pas une fracture type Dupuytren ou une entorse tibio-tarsienne, mais bien une rupture du ligament latéral externe. Il ajoutait : Si la jambe est modérément fléchie, à 145° par exemple, la rotation de la jambe va pouvoir se faire, et on assistait à l'apparition d'une nouvelle lésion, provoquée par la tension et l'arrachement du point d'insertion de l'aponévrose fémorale, en avant sur le tubercule de Gerdy, cette lésion pouvant s'accompagner ou non de la rupture du cul-de-sac synovial.

Notre observation a donc le mérite d'être la reproduction accidentelle des recherches expérimentales de Segond. Notre malade a dû être atteint dans la position suivante : jambe modérément fléchie, adduction forcée entraînant arrachement probable du point d'insertion inférieur du ligament latéral externe, et lésion du tubercule de Gerdy ou de son voisinage par traction violente de l'aponévrose fémorale.

Ce point intéressant méritait donc d'être noté.

Il nous reste à envisager le mécanisme des lésions propres aux ménisques.

D'après les données physiologiques qui président au jeu de l'articulation du genou, on conçoit que des lésions méniscales puissent avoir des modes d'apparition très divers. Mais rechercher dans tous les cas quel est le processus particulier de ces lésions serait une étude longue et en dehors de celle que nous nous sommes proposée.

Qu'il nous suffise de savoir que, en dehors de leurs moyens d'union propres avec le tibia, les ménisques affectent des connexions intimes avec les ligaments croisés et les ligaments latéraux qui pourront les blesser lorsqu'ils seront eux-mêmes touchés ou arrachés.

D'autre part, ils sont en relation directe ou indirecte avec deux systèmes musculaires antagonistes : quadriceps en avant, poplité et demi-membraneux en arrière. Placés ainsi au centre d'action de force et de direction opposées, on comprend qu'ils subissent dangereusement le contre-coup de leur conflit qui se traduira le plus souvent par des luxations ou des fractures. Là ne se borneront pas les dégâts, car les ménisques, successivement arrachés ou désinsérés, libres dans la cavité articulaire, pincés ou heurtés à chaque instant par les masses osseuses en présence, vont montrer au bout d'un certain temps tous les signes propres à une inflammation ou une irritation chronique et un élément nouveau viendra s'ajouter à la déchirure des ligaments méniscaux ou des cornes fibreuses : le volume des fibro-cartilages va être pathologiquement augmenté par la synovite péri-cartilagineuse ou la chondrite interstitielle. Et ce qui prouve bien le caractère inflammatoire de cette hypertrophie, c'est sa régression possible sous l'influence du traite-

ment ou tout au moins son atténuation naturelle ou provoquée.

C'est ce que Roux a appelé la méniscite chronique traumatique. Il y a longtemps, Sappey avait déjà attiré l'attention des chirurgiens sur la participation probable des ménisques aux inflammations du genou. A sa suite, Lardy, dans une de ses observations, avait noté l'épaississement inflammatoire du ménisque externe, près de trois fois plus gros que l'interne.

Le volume seul des tuméfactions méniscales permet d'affirmer en certains cas l'existence d'une hypertrophie inflammatoire des fibro-cartilages ; mais, en examinant les malades de plus près et pendant longtemps, on observe la présence d'autres symptômes particuliers à la phlegmasie péri et intra-méniscale qui permettront de la diagnostiquer. C'est ce qui fera l'objet du prochain chapitre.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES A LA SYMPTOMATOLOGIE DES MÉNISCITES

A la symptomatologie propre et particulière aux lésions méniscales proprement dites s'ajoutent tous les signes marquant leur retentissement sur l'articulation et le membre, signes d'ailleurs présents dans toutes les affections traumatiques du genou et « assez importants souvent pour masquer la véritable lésion » (Forgue).

La méniscite chronique traumatique se reconnaît d'abord et surtout à la tuméfaction douloureuse, à la pression siégeant sur l'interligne au niveau du ménisque intéressé, en avant du ligament latéral le plus souvent. Le ménisque, en effet, généralement épaissi, irrégulier, fait une saillie anormale facilement appréciable par comparaison avec le côté sain. Mais il est des cas où cette saillie n'existe pas ou mal, comme dans notre observation, par exemple, où l'interligne peu net était empâté sur presque toute sa longueur. Il était surtout douloureux en avant, devant le ligament latéral externe.

Si cette tuméfaction n'est pas visible, on tâchera de provoquer la douleur en pinçant le ménisque entre le tibia et le fémur dans des mouvements brusques d'adduction ou d'abduction de la jambe.

De plus, le bourrelet méniscal inflammatoire, lors-

qu'il existe, disparaît avec la douleur par la pression lorsqu'on fait plier un peu le genou, ce qui permet au cartilage malade de se cacher entre le condyle et le tibia.

Il est également un signe qui ne manquera presque jamais lorsque la méniscite chronique aura évolué un peu. Il s'agit de la participation au processus inflammatoire du bourrelet adipeux rétro-rotulien. Rammstead (Archiv. f. klin. Chir., 1909) a constaté la présence de ce tissu graisseux inflammatoire dont la base s'insère à la face postérieure du tendon rotulien et des ailerons, et dont le sommet dentelé présente une série de villosités qui s'insinuent pendant l'extension entre le fémur et la rotule, et entre le fémur et le tibia.

Sa présence se reconnaîtra à la palpation par l'empâtement des loges pararotuliennes, net chez notre malade, par les fins craquements que l'on sentira si on mobilise un peu la rotule et le genou.

Enfin l'hydarthrose récidivante, l'engorgement de la région, l'atrophie du quadriceps seront autant de signes qui mettront sur la voie du diagnostic.

Mais l'interrogatoire nous a appris qu'après le traumatisme le malade a présenté des crises de blocage du genou en demi-flexion, très douloureuses, qu'il a pu souvent guérir lui-même en rétablissant par un coup de pouce le ménisque luxé et meurtri à sa place.

En réalité, on ne saurait affirmer s'il y a eu chez notre malade, de véritables crises de blocage méniscal, car ces crises ne furent jamais aussi nettes, aussi complètes, aussi douloureuses que celles que l'on rencontre dans les luxations authentiques ou celles qui sont dues à la présence de corps étrangers. On peut plutôt supposer qu'il a présenté des pincements de son ménisque

épaissi et douloureux ou bien de ce bourrelet adipeux dont nous parlions plus haut, pincements surtout réalisés dans les mouvements d'hyperextension ou dans les mouvements passifs ou inattentifs du malade.

Les lésions constatées chez lui se bornent à cela. Ni laxité ligamentaire, ni choc tibial, ni genou à tiroir, seulement des crises de pincement de temps à autre, provoquant toute une série d'accidents : hydarthrose, douleur, impotence, sensation de quelque chose entre les masses osseuses, gros troubles fonctionnels pour une symptomatologie en somme assez fruste.

Les renseignements fournis par la radiographie ne furent pas dans notre cas très concluants.

D'une manière générale, même en utilisant divers artifices comme l'insufflation d'oxygène dans l'articulation, on n'a pu retirer de sérieux bénéfices de l'emploi de la radiographie à la recherche des lésions méniscales.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC DES LÉSIONS INFLAMMATOIRES MÉNISCALES

S'il est en somme relativement facile de diagnostiquer une luxation du ménisque, il est plus difficile souvent de s'apercevoir de son inflammation. Bien des fois, en effet, l'épanchement synovial consécutif au trauma a disparu et il faut la plus grande attention pour trouver quelque chose d'anormal au genou que présente le patient.

D'autres fois, au contraire, c'est longtemps après la lésion qu'on sera appelé à examiner un malade ; on notera différents symptômes tels que frottements sous la rotule, épaissement de la capsule dans ses culs-de-sac et replis et on portera le diagnostic d'arthrite sèche, à moins que l'allure générale de l'articulation et l'impotence n'en imposent pour une tumeur blanche.

On comprend donc tout l'intérêt pratique qu'il y a pour le malade (le nôtre semble avoir été traité pendant 30 mois pour une tuberculose locale) à ce que sa lésion soit diagnostiquée le plus rapidement possible.

Seul un examen attentif permettra de révéler la véritable cause du mal.

On commencera par reconnaître l'engorgement des

coussinets graisseux sous le ligament rotulien, se traduisant par de légers craquements à la mobilisation (voir Obs. II), et un épaissement notable et douloureux à la pression sur le bord du ménisque atteint, juste au milieu, sur l'interligne, entre le bord externe du ligament rotulien et le ligament latéral.

Cette douleur n'existe avec cette netteté dans aucun autre point de la région malade. On recherchera ce point en tenant le doigt bien perpendiculairement à la région explorée et, sans exercer des mouvements de latéralité, on délimitera ainsi exactement le bord externe du ménisque.

D'autre part, si la méniscite s'accompagne de luxation, on constate que le bourrelet disparaît avec la douleur à la pression lorsqu'on fait plier le genou.

Mais, si l'on se contente d'un examen superficiel, les plus grossières erreurs peuvent être commises.

On évitera d'abord de confondre l'aspect clinique d'une méniscite chronique avec celui d'une tumeur blanche : les commémoratifs, le manque de fongosité, l'intégrité d'une partie de la synoviale, l'examen des divers appareils de l'individu, nous empêcheront de tomber dans cette fausse interprétation.

La chose sera d'autant plus compliquée s'il s'est développé surtout chez un sujet taré une tuberculose locale, appelée par le traumatisme.

On fera le diagnostic encore avec l'arthrite proliférante par l'examen de la capsule, et par l'absence de grands craquements et par l'ankylose absente.

Avec la luxation du ménisque, par les grandes crises classiques de coingage : difficulté encore de diagnostic s'il y a coexistence de méniscite et de luxation.

Les corps étrangers articulaires, par les divers troubles

qu'ils provoquent (hydarthrose récidivante, etc.), peuvent faire penser également à des troubles inflammatoires de l'articulation. Mais on se rappellera qu'on peut d'abord sentir ces « souris articulaires » à l'occasion, que les accidents d'enclavement qu'elles produisent survenant en toutes occasions sont plus douloureuses, plus vives, plus criantes et moins longues que les véritables pincements méniscaux.

Les lipomes synoviaux peuvent en imposer également pour des lésions méniscales. Mais les phénomènes de pincements qu'ils provoquent sont atténués. De plus leur tuméfaction ne siège pas sur l'interligne, mais bien dans les loges pararotuliennes.

Enfin, chez de vieux traumatisés, l'inefficacité du traitement général de l'articulation, révulsion, massage, fera songer à la possibilité d'une lésion propre inflammatoire d'un ménisque, pour le plus grand bien du malade, car si le pronostic fonctionnel de l'affection est bénin lorsque celle-ci est diagnostiquée, il est plutôt fâcheux quand le diagnostic n'est pas fait.

Les porteurs de semblables lésions arrivent, en effet, peu à peu à se considérer comme de véritables impotents, d'autant plus que le mal s'aggravant peut déclencher un jour ou l'autre l'apparition d'une tuberculose locale, indiscutable cette fois.

D'où tout l'intérêt pratique qui s'attache à la connaissance de ces lésions méniscales.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT

Pour Roux, une des caractéristiques de la méniscite chronique, c'était précisément son traitement, le massage, dont il vantait les merveilleux effets. Il excluait toute autre thérapeutique dont les seules conséquences, disait-il, était d'irriter encore le cartilage, toujours prêt à recommencer ses vexations.

Ce massage portait donc sur tout le membre et en particulier sur le quadriceps pour en faire disparaître l'atrophie d'abord et rétablir ensuite les contractions qui règlent les déplacements des ménisques. De plus, le meilleur fonctionnement de ceux-ci amenait l'écrasement des néoformations connectives, faisait éclater les espaces lymphatiques qui maintiennent la turgescence du bord cartilagineux, s'opposait à l'établissement des raideurs et des ankyloses. Il n'oubliait pas non plus le traitement du bourrelet adipeux rétro-rotulien dont le retour à des dimensions normales ne s'opposant plus à la marche en descente, en particulier, indiquait la guérison.

Mais à côté de ces formes, très probablement bénignes, qui cédaient à un traitement de 30 ou 40 séances de

massage, il y a (et notre cas en est un exemple) des formes chroniques récidivantes créant une invalidité continue avec hydarthrose à répétition, atrophie où le traitement orthopédique est notoirement insuffisant. Dans ce cas, le traitement chirurgical s'impose, car il serait maladroît de laisser en place un ménisque déformé, hypertrophié, que le malade porterait jusqu'à la fin de ses jours dans un genou douloureux et inutile.

On enlèvera donc le ménisque enflammé sans que sa suppression nuise au bon fonctionnement ou à la statique du genou. On extirpera les bourrelets ou franges adipeuses néoformés qui encombrent la cavité et on refermera aseptiquement. Les suites opératoires sont en général très satisfaisantes (légère hydarthrose qui disparaît très vite) et les résultats fonctionnels parfaits; il s'agit d'un retour à un véritable *integrum* fonctionnel. Quelquefois cependant il reste une laxité insignifiante.

ENTORSE ET MÉNISCITE

Rôle du traumatisme et de l'inflammation

De cette courte étude sur les entorses du genou et leurs séquelles il ressort un point très net : c'est la participation du ménisque au processus inflammatoire dont cette articulation peut être le siège lorsqu'elle est traumatisée. Il s'agit, ne l'oublions pas, d'une simple hypertrophie inflammatoire non spécifique. Roux et Pâuzat, nous le savons, l'avaient l'un et l'autre entrevue. Sappey, avant eux, avait attiré l'attention des chirurgiens sur ce rôle que la pièce cartilagineuse articulaire pouvait jouer dans l'évolution des lésions du genou. « Cette multiplicité des vaisseaux et nerfs dans les fibrocartilages, dit-il, nous montre que leur structure est beaucoup plus complexe qu'on ne l'avait pensé et qu'ils peuvent participer, et qu'ils participent à la plupart des phlegmasies dont les articulations deviennent le siège et jouent par conséquent dans les affections articulaires un rôle trop méconnu jusqu'à présent. L'étude de leurs maladies mériterait donc de fixer toute l'attention des pathologistes. »

Par l'étude d'ensemble de notre observation nous allons essayer de tracer l'histoire de la méniscite chronique post-traumatique.

Cette affection, disait Roux, mérite parfaitement l'honneur d'une dénomination particulière, car elle est très nettement caractérisée, soit par son étiologie, son siège ou ses conséquences anatomiques et fonctionnelles.

Cet auteur l'attribuait à une entorse, ou plutôt à un pincement antérieur et accidentel du ménisque qui avait lieu, ou bien dans l'hyperextension, ou bien dans les mouvements de rotation forcée. Il n'excluait pas les traumatismes directs sur le ménisque lui-même.

Pauzat, qui s'était occupé de la question également, pensait que, dans certains traumatismes, la déchirure des ligaments méniscaux se produisait au ras même des fibro-cartilages, entraînant un décollement assez étendu de la synoviale sur le ménisque même et que la synovite consécutive se propageait immédiatement au ménisque qui y prenait une certaine part.

En fait la méniscite succédera à tous les traumatismes du genou qui en détruiront la statique. Et, dans l'immense majorité des cas, elle succédera à l'entorse interne qui aura relâché le ligament latéral interne et aura privé le ménisque de ses moyens de fixité. Le même phénomène peut se passer évidemment sur le côté externe de l'articulation.

Le ménisque traumatisé et qui a déjà subi une certaine hypertrophie aura peu de tendance à la guérison spontanée, car son bord fibreux épaissi, au lieu de servir uniquement de coussinet de remplissage, portera dans tous les mouvements extrêmes. Il est pincé parce que trop épais dans tous les mouvements de flexion et de

rotation. Traumatisé à tout moment, il s'enflammera, s'hypertrophiera de plus en plus, et cette inflammation se propagera à la synoviale dont l'épaississement traduira la souffrance, au coussinet adipeux rétro-rotulien qui envahira l'articulation, et pourra contracter des adhérences avec lui.

Les crises de pincements répétés seront la cause d'hyarthroses récidivantes qui amèneront peu à peu le malade à se considérer comme un véritable impotent.

Nous avons vu ce qu'il fallait penser de la symptomatologie de cette affection dont le diagnostic porté par M. le professeur Forgue dans le cas qui nous intéresse fut vérifié à l'intervention.

Il semblait que l'on ait abandonné ces derniers temps les idées de Roux pour faire jouer le principal rôle des complications de l'entorse à des troubles d'ordre exclusivement mécanique : relâchement, déchirure ou fracture des relations méniscales ou des ménisques eux-mêmes, gêne apportée par les lipomes synoviaux, troublant le jeu normal de l'articulation, y entraînant des désordres parfois graves, mais jamais ou presque jamais de nature inflammatoire.

En fait notre observation montre :

1° Le rôle indiscutable du traumatisme, cause première déterminant le désordre anatomique. Dans notre observation, il y a eu probablement rupture du ligament latéral externe, entraînant une désinsertion complète du bord externe du ménisque de même nom.

2° Le rôle capital de l'inflammation produite par le traumatisme incessant du ménisque déplacé qui vite trop épais et pincé dans les mouvements de flexion et surtout de rotation autour du condyle externe ou interne, mal-

traité à tout moment, restera douloureux et présentera tous les signes de l'inflammation non spécifique. Cette inflammation, absolument confirmée dans notre observation par l'examen microscopique, siège surtout sur le bord fibreux externe du ménisque ; elle sera la cause d'une synovite proliférante ou d'une arthrite sèche qui seront la terminaison certaine la plus favorable du mal si le sujet est sain.

Devant de telles lésions, se reproduisant sans cesse, l'inflammation due au traumatisme répété et celui-ci dû à l'épaississement inflammatoire — véritable cercle vicieux — il n'y aura qu'un seul traitement rationnel et suffisant : le traitement chirurgical qui, dans le cas cité, guérit notre malade.

CONCLUSIONS

Nous pensons avoir montré dans cette courte étude :

1° La possibilité des entorses externes du genou qui se produisent dans des conditions spéciales, rarement réalisées.

2° Dans les séquelles d'entorse du genou, le rôle du traumatisme et de l'inflammation du ménisque se provoquant l'un l'autre dans un cercle vicieux et entraînant l'apparition d'une véritable affection : la méniscite chronique.

3° L'existence, en dehors du syndrome de calage classique, de phénomènes de pincement méniscal ou du bourrelet adipeux inflammatoire.

4° L'insuffisance du traitement orthopédique normalement adopté dans les cas simples de méniscite. Nécessité du traitement chirurgical ici.

BIBLIOGRAPHIE

- ANNANDALE. — British medical Journal, 1888.
Archives de médecine militaire : Pauzat, 1895 ; Boucher, 1901 ;
Gorse, 1907 ; Gary, 1912.
ARROU. — Bulletin de la Société de chirurgie (Paris, 1919).
BOUCHER. — Sur 12 cas de lésions traumatiques des ménisques
(Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1904).
BRAU-TAPIE. — Méniscite traumatique (Journal de médecine de
Bordeaux, mars 1919).
Chirurgie réparatrice et orthopédique.
FORGUE. — Précis de pathologie externe.
GIORDANOL. — Archivio di orthopedia, 1892, n^{os} 4 et 5.
GORSE. — Lésions traumatiques des mécaniques du genou (Archives
générales de chirurgie, 1910).
HENDERSON. — Injuries of semi-lunar cartilage of the knee-joint
(Ann. surg. Phila., 1920).
LEROY. — Lésions chroniques du genou d'origine traumatique
(Thèse Paris, 1919).
MOURET. — Anatomie du genou (Thèse Montpellier, 1891).
PAUZAT. — Revue de chirurgie, 1895.
ROUX. — Méniscite chronique traumatique (Congrès français de
chirurgie, 1895).
ROUX-BERGER. — Presse médicale, mai 1920.
SEGOND. — Progrès médical, 1895.

SILHOL et FERRAN. — Marseille médical, mai 1920, p. 523-528.

TAVERNIER. — Lésions traumatiques des ménisques (Bull. Soc. chir. Paris, 1919).

TERRACOL et COLENARI. — Syndrome méniscal et la pneumo-séreuse articulaire (Presse médicale, 1921, n° 12).

THÉVENET. — Revue de chirurgie, 1919, n°s 11-12.

WORMS-JACOB. — Revue de chirurgie, 1920, n° 9.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 27 avril 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 27 avril 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
